

Katarzyna Czabanowska, Roman Topór-Mądry, Ewa Nowak,
Antoni Czupryna

Oczekiwania pracodawców. Projekt badawczy – metody i wyniki

Metody i wyniki

Przedstawione badanie odzwierciedla poszczególne etapy projektu oraz wykorzystane metody badawcze. Prace rozpoczęto od operacjonalizacji podstawowych pojęć, na których opierały się prowadzone dalsze analizy. Pojęcia te to: zdrowie publiczne i kompetencje. Zdrowie publiczne zostało zdefiniowane na potrzeby projektu z punktu widzenia rynku pracy. Przeprowadzona została inwentaryzacja rynku pracy w sektorze zdrowia publicznego. Zidentyfikowano dziewięć sektorów, jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku zdrowie publiczne: administrację rządową, samorządową, Państwową Inspekcję Sanitarną, instytucje płatnika (kasy chorych), świadczeniodawców, instytucje pomocy społecznej, instytucje edukacyjne (kuratoria), firmy farmaceutyczne i organizacje pozarządowe oraz utworzono 9 sektorowych baz danych zawierających te instytucje.

Następnie, na podstawie literatury przedmiotu, opracowano listę kompetencji, która została zredukowana za pomocą panelu ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego i ekspertów zewnętrznych, którzy, dokonując rankingu oraz agregacji, pracowali w tzw. grupach konsensusowych. Metody konsensusowe są wykorzystywane w celu ustalenia zgody w odniesieniu do danego problemu lub opracowania zgodnego stanowiska w sytuacjach niepewności¹. Metoda polega na organizowaniu spotkań panelów ekspertów z danej dziedziny, laików lub połączenia obu grup w celu przedyskutowania proponowanego tematu, poprawy jego zrozumienia lub doprowadzenia do ustalenia zgodnego stanowiska². W rezultacie kompetencje zostały zredukowane do listy 67 kompetencji, które podzielone były na 7 kategorii rozkładających się na trzy główne obszary: spe-

¹ A. Bowling, *Research Methods in Health*, 2002.

² B. Stocking, *Promoting change in clinical care*, „Quality in Health Care”, 1, 1992: 56–60.

cyficzne kompetencje zdrowia publicznego, behawioralne/interpersonalne i przekazywalne kompetencje ogólne. Lista uzyskanych tą drogą 67 kompetencji stanowiła pierwszy krok na drodze do opracowania kwestionariusza, który miał mierzyć względną ważność tych kompetencji z perspektywy pracodawców. Wprowadzanie różnych perspektyw do badania dostarcza cennych informacji w odniesieniu do adekwatności prowadzonych badań³.

Zaplanowano dwustopniowe badanie, wykorzystujące metody jakościowe i ilościowe. Przeprowadzono dziewięć zogniskowanych wywiadów grupowych z pracodawcami reprezentującymi wspomniane sektory. Za pomocą celowego doboru próby, na podstawie ustalonych kryteriów dokonano wyboru pracodawców do badania. W badaniach jakościowych celowo wybiera się respondentów, którzy mogą dostarczyć wyczerpujących informacji⁴.

Opracowany został scenariusz ustrukturalizowania przebiegu zogniskowanych wywiadów grupowych i wydobywania najistotniejszych informacji. W pierwszej części wywiadu respondenci mieli wytłumaczyć, kim dla nich jest kompetentny pracownik oraz podać kompetencje, które – według nich – są najbardziej pożądane u pracowników w ich instytucji.

Długa lista kompetencji została zredukowana do siedmiu wstępnych kategorii, w celu ułatwienia dalszej weryfikacji przez pracodawców w trakcie wywiadów zogniskowanych. Ustalono następujące kategorie: kompetencje ogólne, społeczno-interpersonalne, kompetencje związane ze świadomością polityczną i etyką, specyficzne kompetencje zdrowia publicznego, ogólne kompetencje pracownika, przywództwo i relacje międzygrupowe w miejscu pracy.

W trakcie wywiadów pracodawcy zauważyli, że definiując kompetencje, należy odnieść się do konkretnego stanowiska. Ta informacja wpłynęła na opracowanie kwestionariusza dla pracodawców, badającego ich preferencje względem poziomu posiadanych kompetencji przez ich potencjalnych pracowników, gdzie umieszczone zostało pytanie: „na jakim stanowisku zatrudniliby Państwo absolwenta kierunku zdrowie publiczne?”. W celu zapewnienia jakości badaniom, trzech obserwatorów dokonywało zapisu na specjalnie opracowanych matrycach uwzględniających scenariusz spotkania. Wywiady były nagrywane, a następnie poddane transkrypcji. Wykorzystanie informacji pochodzącej od respondentów reprezentujących różne sektory i poglądy przyczyniło się do opracowania kompletnej i holistycznej listy kompetencji, odzwierciedlającej zróżnicowane punkty widzenia i kulturę różnych organizacji z infrastruktury zdrowia publicznego.

Badania przeprowadzone za pomocą zogniskowanych wywiadów grupowych z pracodawcami w sektorze zdrowia publicznego ułatwiło opracowanie końcowej wersji kwestionariusza, który zawierał 34 pytania odnoszące się do kompetencji. Kompetencje zamieszczone w kwestionariuszu ostatecznie zostały podzielone na trzy główne obszary: specjalistyczne kompetencje zdrowia publicznego, przekazywalne kompetencje ogólne i kompetencje behawioralne/interpersonalne reprezentowane przez 34 pytania głównej części kwestiona-

³ A. Bowling, *Research Methods in Health*, 2002.

⁴ M. Patton, *Qualitative evaluation and Research methods*, California 1990.

riusza i 15 kompetencji reprezentujących obszary (obszar obejmował 2 lub 3 kompetencje o podobnym odniesieniu). Te dodatkowe pytania, reprezentujące dziedziny kompetencji, zostały umieszczone w celu zapewnienia większej wiarygodności odpowiedzi udzielanych w pierwszej części kwestionariusza⁵.

W kwestionariuszu wykorzystano pięciostopniową skalę Likerta (1 – nieważne do 5 – istotne) w celu oszacowania ważności 34 podstawowych kompetencji. Skala została podzielona na jedną negatywną i cztery pozytywne kategorie. Tylko jedna negatywna kategoria była wykorzystywana, ponieważ można było się spodziewać, że respondenci będą ignorować negatywną możliwość oceny⁶.

W drugiej części kwestionariusza pytano respondentów, w jakim stopniu proponowane 15 obszarów kompetencji powinno być rozwiniętych u pracowników. Zmienne niezależne, jakie znalazły się w kwestionariuszu, to: publiczna/niepubliczna instytucja, wielkość miasta, z którego pochodzi pracodawca, stanowisko pracodawcy oraz potencjalne stanowisko dla rozpoczynającego karierę zawodową absolwenta kierunku zdrowie publiczne.

Wstępna ankieta poddana była pilotażowi na grupie 22 pracodawców reprezentujących różne sektory w celu sprawdzenia trafności pytań, poprawności i zrozumiałości.

Spotkania z ekspertami przebiegały na zasadzie indywidualnego wywiadu, który dotyczył wstępnej wersji kwestionariusza. Wypowiedzi i uwagi ekspertów były zapisywane i nagrywane. Po naniesieniu uwag ekspertów kwestionariusz jeszcze raz był sprawdzany przez zespół projektowy i dwóch ekspertów niezależnych. Kwestionariusz został wysłany jako ankieta pocztowa, skierowana do kadry zarządczej wyższego szczebla (dyrektorów i zastępców dyrektorów) do losowo dobranej warstwowej próby 1006 pracodawców reprezentujących dziewięć wspomnianych sektorów.

Metody doboru próby i frekwencja w badaniu

Rynek pracodawców podzielono na dziewięć sektorów. Adresowe bazy danych zaczerpnięto z dostępnych źródeł informacji: informacji internetowych, rejestrów kas chorych, publikacji CD-ROM: *Gospodarczy atlas Polski 2000* oraz innych oficjalnych rejestrów. Badanie przygotowywano w okresie dokonywania zmian instytucjonalnych w systemie ochrony zdrowia (powstanie Narodowego

⁵ Specyficzne umiejętności z zakresu zdrowia publicznego, rozwiązywanie problemów i kreatywność, analiza/synteza i umiejętność krytycznego myślenia, umiejętności związane z obsługą komputera, planowanie, organizacja i zarządzanie, umiejętności związane z wykonywaniem zawodu, przywództwo, komunikacja, praca zespołowa, władza i wpływy, zarządzanie konfliktem i negocjacje, świadomość skutków własnego postępowania, partnerstwo.

⁶ R.G. Biesma, M. Pavlova, W. Groot, H.F. Vaatstra, G. Van Merode, *Measuring employers' preferences for competences of junior Public Health professionals*, „Zdrowie Publiczne”, 112 (2), 2002: 175–181.

⁷ „Zdrowie Publiczne”, 112 (2), 2002.

Funduszu Zdrowia) i postanowiono w analizie uwzględnić istniejące instytucje płatnicze. Zgromadzone bazy adresowe poddano sprawdzeniu pod względem kompletności danych. Z baz adresowych każdego sektora wybrano losową próbę proporcjonalną do liczby instytucji w sektorze (około 20% w każdym sektorze). Dane adresowe z baz danych zawierających poniżej 200 adresów zostały wykorzystane w całości z uwagi na istotny wpływ procentowy wyniku pojedynczej ankiety w wyodrębnionej warstwie. Bazy danych zawierające powyżej 200 adresów to bazy powiatów, starostw, miast na prawach powiatu (374), stacje sanitarno-epidemiologiczne (378) i szpitale (676). Pozostałe bazy adresowe zawierały 60 adresów płatnika, 423 adresów administracji rządowej, 16 adresów kuratorów w Urzędach Wojewódzkich, 50 adresów firm farmaceutycznych i kosmetycznych, 42 adresy organizacji pozarządowych, 15 adresów firm ubezpieczeniowych. Pozostałe adresy to instytuty narodowe (Instytut Medycyny Pracy, Płacy i Spraw Socjalnych, Państwowy Zakład Higieny, Medycyny Wsi, Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego), ministerstwa (Zdrowia, Pracy i Polityki Społecznej, Edukacji i Sportu) – łącznie 9 adresów. Wśród wybranej próby największą grupę stanowiły szpitale (208, 21,6%), administracja samorządowa (206, 20,5%), sanepidy (190, 18,9%) oraz opieka społeczna (176, 17,5%). Łącznie do badanej próby włączono 1006 instytucji i do każdej została wysłana jedna ankieta. Otrzymano 311 wypełnionych ankiet, z czego najwyższą frekwencję uzyskano wśród administracji rządowej (51,5%) i samorządowej (43,7%) oraz instytucji opieki społecznej (37%). Najniższą zwrotność otrzymano w sektorze przemysłu medycznego (7,7%), edukacji (18,7%) i szpitali (20%). Szczegółowe informacje prezentowane są w tab. 1.

Tabela 1

Dobór próby i zwrotność według sektora pracodawców

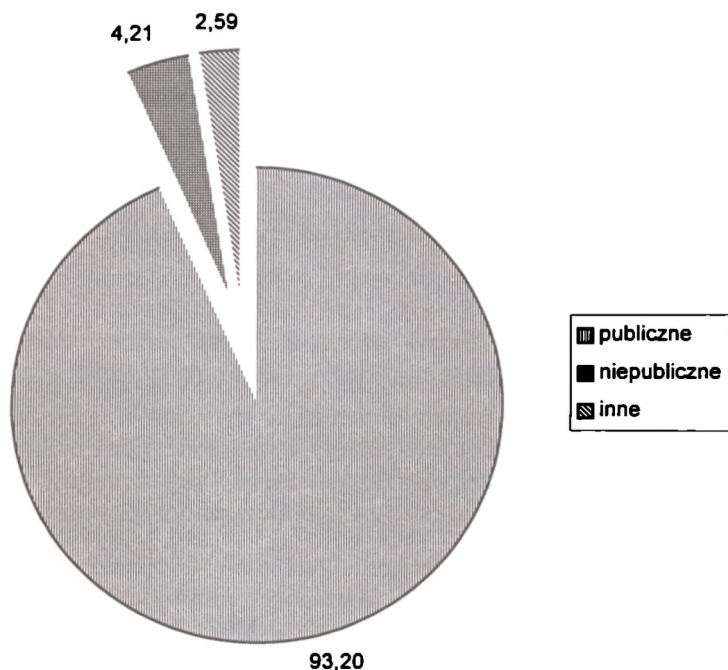
	wyslane kwestionariusze (N)	wyslane kwestionariusze [%]	kwestionariusze otrzymane (N)	zwrotność [%]
szpitale	218	21,67	44	20,18
administracja samorządowa	206	20,48	90	43,69
sanepid	190	18,89	56	29,47
opieka społeczna	176	17,50	65	36,93
przemysł medyczny	65	6,46	5	7,69
kasy chorych	60	5,96	19	31,67
NGO	42	4,17	12	28,57
administracja rządowa	33	3,28	17	51,52
edukacja	16	1,59	3	18,75
RAZEM	1006	100,00	311	30,91

Wśród 311 otrzymanych ankiet, na których przeprowadzono analizę, większość została wypełniona kompletnie, niemniej poszczególne pytania miały różną liczbę braków odpowiedzi. Np. na pytanie o rodzaj organizacji (publiczna, niepubliczna) i lokalizację (miasto do 50 tys., 50–200 tys. i powyżej 200 tys.), nie udzieliło odpowiedzi dwoje (0,6%) ankietowanych. 93 osoby (29%) nie odpowiedziały (lub określiły go w sposób uniemożliwiający przyporządkowanie) na pytanie o zajmowane stanowisko, 21 osób (6,8%) nie określiło stanowiska, na jakim można by zatrudnić absolwenta zdrowia publicznego lub stwierdziło brak możliwości jego zatrudnienia.

Wyniki

Rodzaj instytucji: publiczna, niepubliczna

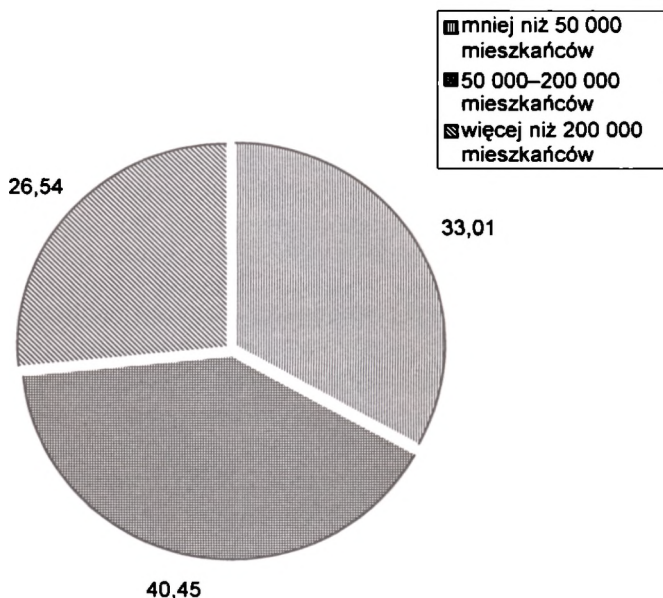
Ponad 93% (288) odpowiedzi pochodziło z instytucji publicznych, natomiast z niepublicznych tylko 4,2% (13). Ankiety z innych instytucji (głównie organizacji pozarządowych) stanowiły 2,6% wszystkich (8) (rys. 1).



Rys. 1. Charakterystyka próby w zależności od rodzaju instytucji

Lokalizacja

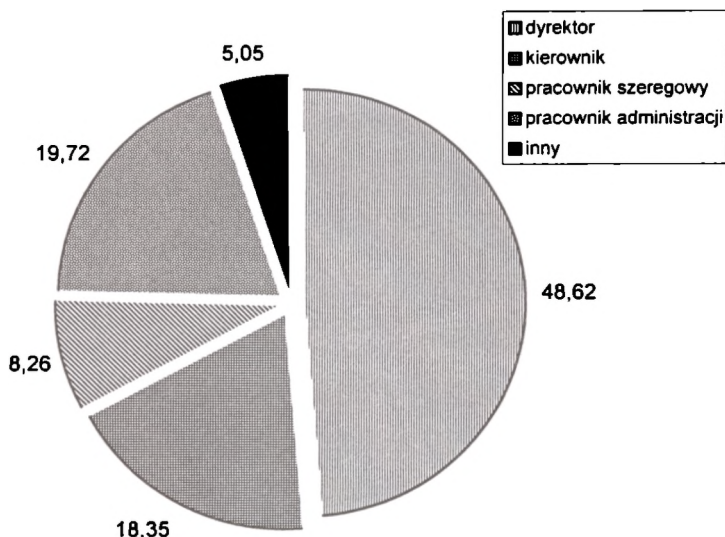
26,5% (82) ankiet pochodziło z dużych miast (powyżej 200 000 mieszkańców), a kolejne 40,5% (125) z miast średniej wielkości. 33% odpowiedzi pochodziło z małych miast o liczbie mieszkańców mniejszej niż 50 tys. (102) (rys. 2).



Rys. 2. Charakterystyka próby w zależności od lokalizacji instytucji

Pozycja respondenta

Wysyłane ankiety były przeznaczone dla kadry zarządzającej w instytucjach i 48,6% z nich zostało wypełnionych przez dyrektorów jednostek, a 18% przez kierowników działów. Łącznie ankiety wypełnione przez osoby zajmujące kierownicze stanowiska stanowiły 66,6%. Pracownicy szeregowi oraz administracja szczebla podstawowego stanowili odpowiednio 8,3 oraz 19,7% respondentów (rys. 3).



Rys. 3. Charakterystyka próby według zajmowanego stanowiska

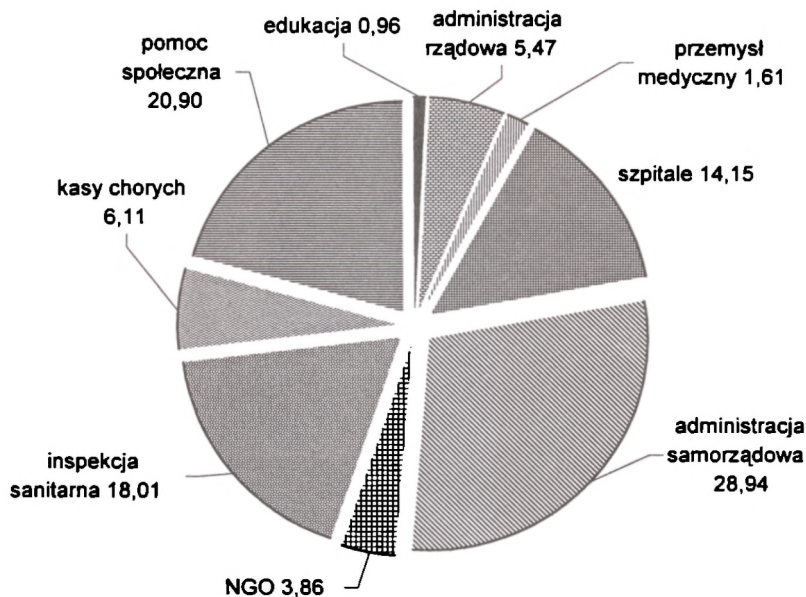
Sektory pracodawców

Największą grupą wśród respondentów była administracja samorządowa (28,9%) oraz pomoc społeczna (20,9%) i inspekcja sanitarna (18,0%). Ze szpitali pochodziło 14,2% wszystkich ankiet, z kas chorych 6,1%, a z administracji rządowej 5,5%. Niski odsetek stanowiły ankiety wypełnione przez przedstawicieli organizacji pozarządowych (3,9%), przemysłu medycznego (1,6%) i edukacji (0,96%) (rys. 4).

Liczba otrzymanych ankiet wyglądała następująco: oto największą grupę wśród otrzymanych ankiet stanowiły ankiety z administracji samorządowej (90), opieki społecznej (65), sanepidu (56) i szpitali (44). Pojedyncze ankiety otrzymano od instytucji edukacyjnych (3) i przemysłu medycznego (5) (tab. 1).

Przez dyrektorów zostało wypełnionych 90,6% ankiet ze szpitali, 62,8% z inspekcji sanitarnej, 60% z pomocy społecznej i 50% z administracji rządowej. Dalsze 3,1% ankiet ze szpitali, 20% z pomocy społecznej, 34,3% z inspekcji sanitarnej i 10% z administracji rządowej zostało wypełnionych przez osoby posiadające stanowiska kierownicze. Wszystkie ankiety z kas chorych zostały wypełnione albo przez dyrektora (83,3%), albo kierowników działów (16,7%). Najwyższe odsetki ankiet wypełnionych przez personel podstawowy lub inny zanotowano wśród ankiet pochodzących z instytucji o charakterze edukacyjnym

(100%), przemysłu medycznego (66%), administracji samorządowej (83,3%) i organizacji pozarządowych (72,3%) (rys. 4, 5).



Rys. 4. Charakterystyka próby według rodzaju instytucji

Proponowane stanowiska dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Najczęściej proponowaną rolą była rola związana z promocją i edukacją zdrowotną (18,5%) oraz planowaniem i polityką zdrowotną (18,1%). Kolejną najczęstszą proponowaną rolą była rola związana z kontrolowaniem, nadzorowaniem (11,3%) i administracją (7,1%). Rzadko absolwenta kierunku: zdrowie publiczne respondenci widzą jako asystenta dyrektora (1,3%), kadrowca (1,9%), specjalistę od marketingu i ekonomistę (2,9%), specjalistę (bez określania rodzaju specjalności), epidemiologa i dyrektora (4,2%). Około 5,5% respondentów proponuje dla absolwentów studiów z zakresu zdrowia publicznego role niezwiązane ze zdrowiem publicznym. 1% stwierdza brak możliwości zatrudnienia absolwenta tego kierunku.

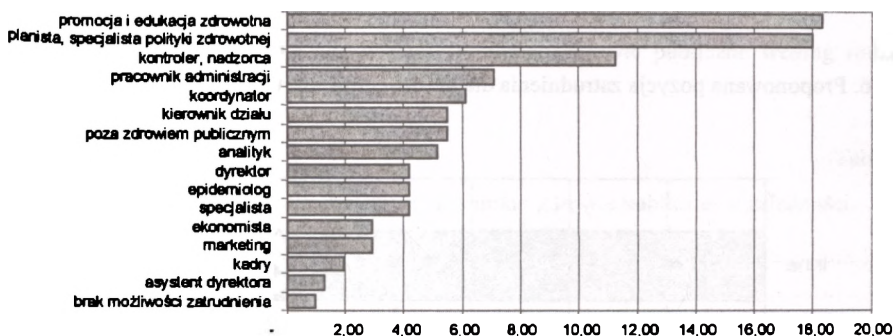
W analizie hierarchii proponowanego stanowiska 32,2% respondentów widzi absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika szeregowego, 28,9% jako specjalistę, a 14,5% na stanowisku kierownika działu i 7,7% dyrektora instytucji (rys. 5 i 6).

Stanowiska dyrektorskie dla absolwentów omawianego kierunku najczęściej są proponowane przez respondentów z instytucji niepublicznych (27%). Stano-

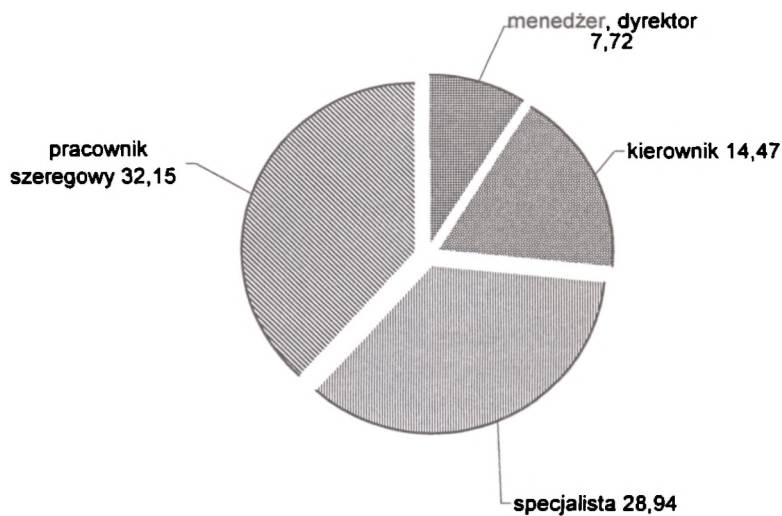
wiska kierownicze respondenci z niepublicznych jednostek proponują w 18%, a w publicznych 17,5%. Stanowiska szeregowy w publicznych i niepublicznych jednostkach proponowane są podobnie w obu kategoriach instytucji na poziomie około 36–39%.

Dyrektorzy i kierownicy działów najczęściej widzieli absolwentów zdrowia publicznego na stanowiskach podstawowych (40% i 44%). Stanowisko specjalisty najczęściej było proponowane przez respondentów pracujących na stanowiskach administracyjnych (58%), pracowników szeregowych (47%) i kierowników działu (41%). Stanowiska kierownicze (dyrektor, kierownik) proponowane były najczęściej przez pracowników szeregowych (27%) i dyrektorów (23%) (tab. 2).

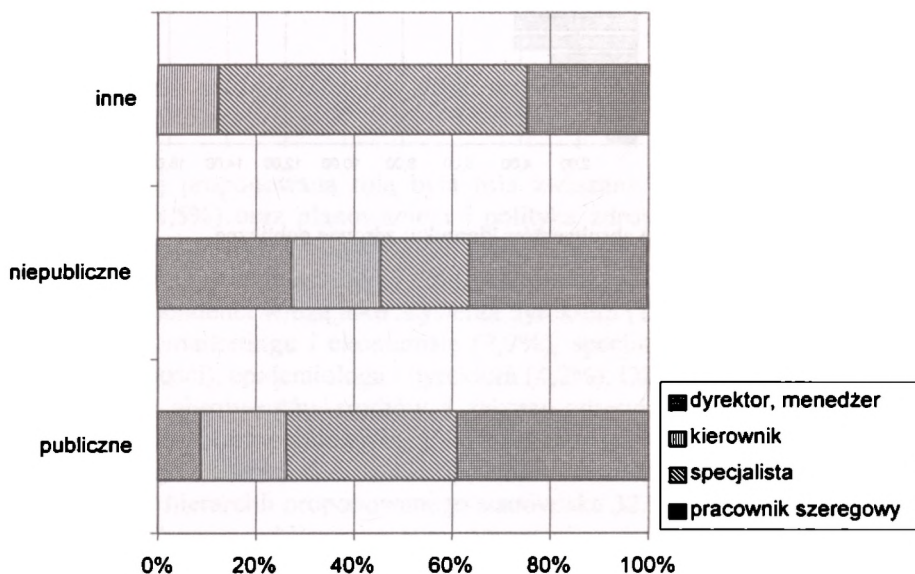
Na stanowiskach kierowniczych absolwentów zdrowia publicznego najczęściej widzieli respondenci pochodzący ze szpitali (41%) oraz inspekcji sanitarnej (37%). Najrzadziej – z sektora pomocy społecznej (12%) i administracji samorządowej (19%). Najniższe stanowiska najczęściej proponowane były przez sektor przemysłu medycznego (60%), inspekcji sanitarnej (56%) oraz pomocy społecznej (51%) (tab. 3).



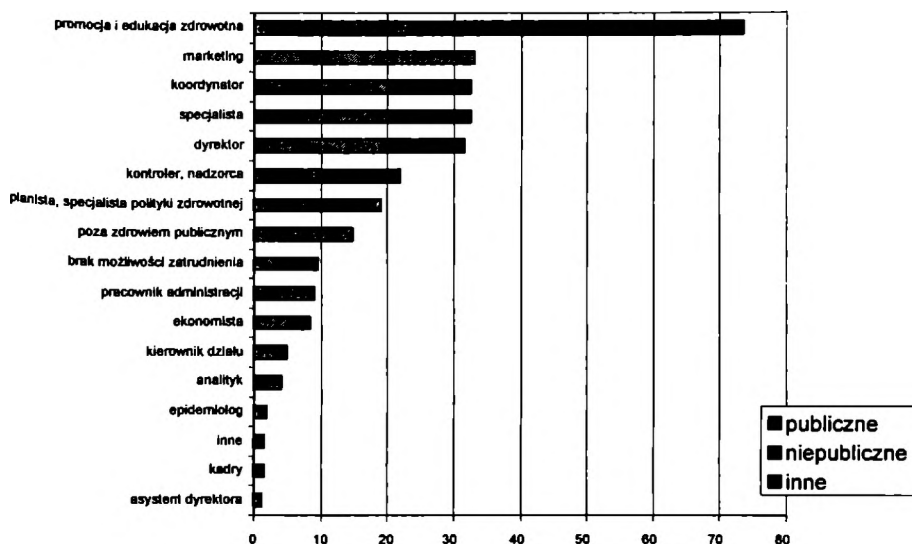
Rys. 5. Role proponowane dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne



Rys. 6. Proponowana pozycja zatrudnienia dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne



Rys. 7. Proponowana pozycja zatrudnienia dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne według rodzaju instytucji



Rys. 8. Proponowane role dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne według rodzaju instytucji

Tabela 2

Proponowana pozycja dla absolwenta kierunku: zdrowie publiczne w zależności od pozycji respondenta

pozycja respondenta	proponowana pozycja			
	menedżer, dyrektor	kierownik działu	specjalista	pracownik szeregowy
dyrektor	10,90%	21,70%	27,20%	40,20%
kierownik działu	5,90%	8,80%	41,20%	44,10%
pracownik szeregowy	13,30%	13,30%	46,70%	26,70%
pracujący w administracji		16,70%	58,30%	25,00%
inny	12,50%	12,50%	37,50%	37,50%
RAZEM	8,10%	17,30%	37,80%	36,80%

Tabela 3

Proponowana pozycja dla absolwenta kierunku: zdrowie publiczne w zależności od sektora

sektor pracodawców	proponowana pozycja			
	menedżer, dyrektor	kierownik działu	specjalista	pracownik szeregowy
edukacja	0	0	0	100,00
administracja rządowa	13,33	6,67	46,67	33,33
przemysł medyczny	20,00	0	20,00	60,00
szpitale	12,20	29,27	17,07	41,46
administracja samorządowa	5,13	14,10	57,69	23,08
NGO	22,22	11,11	33,33	33,33
inspekcja sanitarna	9,80	27,45	5,88	56,86
kasy chorych	11,11	22,22	50,00	16,67
pomoc społeczna	7,32	4,88	36,59	51,22
RAZEM	9,27	17,37	34,75	38,61

Kompetencje, które powinni posiadać absolwenci kierunku: zdrowie publiczne

Za najważniejsze kompetencje z zakresu zdrowia publicznego respondenci uznali: odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,52, SD: 0,66), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,50, SD: 0,72), umiejętność współpracy w zespole (średnia ocen: 4,28, SD: 0,78), wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (średnia ocen: 4,27, SD: 0,71), skuteczne komunikowanie się (średnia ocen: 4,21, SD: 0,73) i rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 4,14, SD: 0,83). Najmniej ważne były: współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego (średnia ocen: 3,47, SD: 1,06), pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie (średnia ocen: 3,47, SD: 0,1,05) oraz umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta (średnia ocen: 3,45, SD: 0,1,06).

W instytucjach zlokalizowanych w miastach do 50 tys. mieszkańców najważniejsze były: odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,58, SD: 0,55), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,56, SD: 0,69), skuteczne komunikowanie się (średnia ocen: 4,35, SD: 0,72), umiejętność współpracy w zespole (średnia ocen: 4,35, SD: 0,70) oraz wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (średnia ocen: 4,33, SD: 0,73). W największych miastach (powyżej 200 000) oczekiwania były podobne

i jako najważniejsze wymieniono odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,54, SD: 0,75), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,49, SD: 0,81), umiejętność współpracy w zespole (średnia ocen: 4,26, SD: 0,79), wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (średnia ocen: 4,23, SD: 0,76) oraz skuteczne komunikowanie się (średnia ocen: 4,16, SD: 0,72).

W instytucjach publicznych, jako najbardziej potrzebne absolwentowi zdrowia publicznego wymieniano: odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,53, SD: 0,65), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,50, SD: 0,73), umiejętność pracy w zespole (średnia ocen: 4,29, SD: 0,78), skuteczne komunikowanie się (średnia ocen: 4,20, SD: 0,73) oraz rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 4,16, SD: 0,82), a najmniej potrzebne umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta (średnia ocen: 3,46, SD: 1,04), współpracy z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego (średnia ocen: 3,50, SD: 1,04) i pozyskiwanie oraz wykorzystanie informacji na temat środowiskowych, fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie (średnia ocen: 3,49, SD: 1,02). W instytucjach niepublicznych najwyżej oceniano: potrzebę zaangażowania w pracę zawodową (średnia ocen: 4,38, SD: 0,77), skutecznego komunikowania się (średnia ocen: 4,38, SD: 0,77), zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji (średnia ocen: 4,38, SD: 1,04), a najniżej współpracę z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego (średnia ocen: 2,69, SD: 1,38), pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych, fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie (średnia ocen: 2,77, SD: 1,09) oraz zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 2,85, SD: 1,21). Kompetencje najniżej oceniane były w przypadku instytucji publicznych i niepublicznych podobne, choć oceniane znacznie niżej w instytucjach niepublicznych.

W analizie oceny kompetencji według zajmowanego stanowiska, dyrektorzy uznają za najważniejsze kompetencje: odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,58, SD: 0,68), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,55, SD: 0,75), umiejętność współpracy w zespole (średnia ocen: 4,40, SD: 0,76) oraz wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (średnia ocen: 4,34, SD: 0,70) i skuteczne komunikowanie się (średnia ocen: 4,28, SD: 0,69). Pracownicy szeregowi za najważniejsze podobnie uznają: odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,44, SD: 0,62), zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,44, SD: 0,78), wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (średnia ocen: 4,33, SD: 0,69), rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 4,06, SD: 0,80) a także dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy (średnia ocen: 4,06, SD: 0,54) oraz zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 3,94, SD: 0,87). Ocena ważności kompetencji jest nieco inna u respondentów na stanowiskach kierowniczych, którzy za najważniejsze uznają również

zaangażowanie w pracę zawodową (średnia ocen: 4,58, SD: 0,67) i odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (średnia ocen: 4,58, SD: 0,60), rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 4,38, SD: 0,67) i świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób (średnia ocen: 4,25, SD: 0,84), a także zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (średnia ocen: 4,10, SD: 0,90) (tab. 9).

Ankietowane osoby szacowały kompetencje, takie jak odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje oraz zaangażowanie w pracę zawodową wysoko i bardzo podobnie. Większe zróżnicowanie dotyczy kompetencji umiejętności pracy w zespole bardzo wysoko ocenianej w sektorze pomocy społecznej, administracji szpitalnej, przemysłu medycznego czy szpitali, a gorzej w sektorze administracji samorządowej. Skuteczne komunikowanie się, wymieniane wśród trzech najważniejszych kompetencji w sektorze NGO i pomocy społecznej w sektorze administracji rządowej, samorządowej, edukacji, wymieniane jest na 9–13 miejscu. Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych jest wysoko oceniane w sektorze administracji rządowej, samorządowej i sanepidach, a niżej w szpitalach, przemyśle, pomocy społecznej i edukacji. Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji ma wysokie oceny w sektorze szpitali, NGO, a niższe wśród sanepidu, administracji rządowej, edukacji, administracji samorządowej. Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego jest wymieniane w sektorach pracodawców jako najwyższa kompetencja na 10–30 miejscu. Również radzenie sobie z konfliktem jest bardzo różnie oceniane, pozycja tej kompetencji waha się od 8–9 (przemysł, NGO, szpitale) do 20–23 (administracja samorządowa, sanepid). Ranking średnich ocen w poszczególnych sektorach w odniesieniu do najwyższej ocenianych kompetencji szczegółowo przedstawiono w tab. 8.

Tabela 4

Ocena ważności kompetencji (cała próba)

	Rodzaj kompetencji	N	średnia	SD
1	Zaangażowanie w pracę zawodową.	309	4,50	0,72
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	309	4,52	0,66
3	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	308	3,92	0,85
4	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	309	3,50	0,93
5	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	309	4,27	0,71
6	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	310	3,64	0,87
7	Planowanie i zarządzanie projektem.	310	3,82	0,94
8	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	309	3,79	1,07
9	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.	308	3,47	1,06

	Rodzaj kompetencji	N	średnia	SD
10	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	310	3,75	0,97
11	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	310	3,60	1,00
12	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	309	3,95	1,00
13	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	309	3,99	0,96
14	Skuteczne komunikowanie się.	309	4,21	0,73
15	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	309	4,04	0,79
16	Umiejętność współpracy międzysektorowej.	309	3,84	0,81
17	Umiejętność współpracy w zespole.	309	4,28	0,78
18	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	308	3,62	0,83
19	Umiejętność przekonywania.	308	3,86	0,84
20	Radzenie sobie z konfliktem.	307	3,94	0,83
21	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	308	4,08	0,85
22	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	309	3,91	0,86
23	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	309	3,61	0,85
24	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	305	3,45	1,06
25	Umiejętność negocjacji i mediacji.	309	3,85	0,96
26	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.	307	3,78	0,95
27	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	308	4,14	0,83
28	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	308	3,93	0,83
29	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	309	3,58	0,98
30	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	309	3,58	0,92
31	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.	309	3,61	0,98
32	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	309	3,65	1,04
33	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.	309	3,47	1,05
34	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	310	3,80	0,97

Tabela 5

Ocena ważności kompetencji według rodzaju instytucji (średnia)

	Rodzaj kompetencji	Lokalizacja instytucji		
		< 50 000	50 – 200 000	> 200 000
1	Zaangażowanie w pracę zawodową.	4,56	4,45	4,49
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	4,58	4,46	4,54
3	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	3,99	3,91	3,85
4	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	3,57	3,41	3,54
5	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	4,33	4,24	4,23
6	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	3,70	3,53	3,73
7	Planowanie i zarządzanie projektem.	3,67	3,87	3,91
8	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	3,83	3,80	3,71
9	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.	3,54	3,48	3,37
10	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	3,79	3,73	3,71
11	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,53	3,62	3,63
12	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,97	4,06	3,76
13	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	4,02	4,06	3,87
14	Skuteczne komunikowanie się.	4,35	4,14	4,16
15	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	4,23	3,94	3,95
16	Umiejętność współpracy międzysektorowej.	3,99	3,73	3,82
17	Umiejętność współpracy w zespole.	4,35	4,23	4,26
18	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	3,59	3,61	3,65
19	Umiejętność przekonywania.	3,93	3,81	3,87
20	Radzenie sobie z konfliktem.	4,00	3,88	3,95
21	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	4,09	4,08	4,06
22	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,95	3,98	3,74
23	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	3,74	3,60	3,45
24	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	3,49	3,48	3,34
25	Umiejętność negocjacji i mediacji.	3,87	3,91	3,74

	Rodzaj kompetencji	Lokalizacja instytucji		
		< 50 000	50 – 200 000	> 200 000
26	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.	3,87	3,76	3,68
27	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	4,11	4,15	4,15
28	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	3,92	3,94	3,88
29	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	3,62	3,62	3,46
30	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	3,52	3,52	3,72
31	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.	3,55	3,62	3,66
32	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	3,67	3,66	3,63
33	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.	3,46	3,50	3,44
34	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	3,77	3,80	3,85

Tabela 6

Ocena ważności kompetencji według rodzaju organizacji (średnia)

	Rodzaj kompetencji	Rodzaj organizacji		
		publiczna	niepubliczna	inna
1	Zaangażowanie w pracę zawodową.	4,50	4,38	4,63
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	4,53	4,15	4,75
3	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	3,94	3,77	3,50
4	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	3,51	3,62	2,88
5	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	4,28	4,15	3,88
6	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	3,65	3,62	3,25
7	Planowanie i zarządzanie projektem.	3,84	3,54	3,38
8	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	3,83	3,00	3,38
9	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.	3,50	2,69	3,63
10	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	3,76	3,00	4,38
11	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,61	2,92	4,13

	Rodzaj kompetencji	Rodzaj organizacji		
		pu- bliczna	niepu- bliczna	inna
12	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	4,00	2,92	3,75
13	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	4,05	2,85	3,88
14	Skuteczne komunikowanie się.	4,20	4,38	4,25
15	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	4,03	4,38	3,75
16	Umiejętność współpracy międzysektorowej.	3,86	3,46	3,75
17	Umiejętność współpracy w zespole.	4,29	4,15	4,00
18	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	3,61	3,62	3,88
19	Umiejętność przekonywania.	3,87	3,85	3,75
20	Radzenie sobie z konfliktem.	3,95	4,00	3,43
21	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	4,10	4,08	3,25
22	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,95	3,08	3,63
23	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	3,64	3,23	3,25
24	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	3,46	3,54	2,75
25	Umiejętność negocjacji i mediacji.	3,86	4,08	3,25
26	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.	3,78	4,15	3,00
27	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	4,16	3,38	4,38
28	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	3,97	3,23	3,25
29	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	3,59	2,92	4,25
30	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	3,58	3,38	3,75
31	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.	3,62	3,08	4,13
32	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	3,68	3,00	3,88
33	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.	3,49	2,77	4,00
34	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	3,82	3,46	3,88

Tabela 7

Ocena ważności kompetencji według rodzaju instytucji (średnia)

Rodzaj kompetencji		Rodzaj organizacji								
		edukacja	administracja rządowa	przemysł medyczny	szpitale	samorząd	NGO	inspekcja sanitarna	kasa chorych	pomoc społeczna
1	Zaangażowanie w pracę zawodową.	3,67	4,65	4,40	4,64	4,43	4,50	4,68	4,68	4,27
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	4,33	4,65	4,60	4,59	4,43	4,17	4,61	4,68	4,51
3	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	3,33	4,18	4,20	3,80	3,92	3,67	4,23	3,74	3,77
4	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	2,67	3,53	3,80	3,50	3,37	3,33	3,55	3,58	3,68
5	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	3,67	4,47	4,60	4,30	4,28	3,83	4,34	4,32	4,21
6	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	3,33	3,88	3,80	4,02	3,57	3,33	3,71	3,42	3,48
7	Planowanie i zarządzanie projektem.	3,67	4,06	4,00	3,89	4,01	3,50	3,66	3,47	3,75
8	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	3,67	4,00	2,40	3,59	3,96	3,25	4,29	3,47	3,49
9	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.	3,33	3,82	1,80	3,02	3,74	3,17	3,76	3,26	3,32
10	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	3,00	3,94	3,00	3,34	4,13	3,42	3,98	3,53	3,45
11	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	2,33	3,94	2,80	3,25	3,80	3,50	3,66	3,47	3,59

Tabela 7 cd.

	Rodzaj kompetencji	Rodzaj organizacji								
		edukacja	administracja rządowa	przemysł medyczny	szpitale	samorząd	NGO	inspekcja sanitarna	kasa chorych	pomoc społeczna
12	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,33	4,29	2,60	3,68	4,27	3,17	3,71	3,47	4,25
13	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,33	4,29	2,40	3,59	4,27	3,25	4,05	3,74	4,11
14	Skuteczne komunikowanie się.	3,33	4,06	4,40	4,32	4,09	4,25	4,21	4,05	4,42
15	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	3,00	3,88	4,20	4,16	3,92	4,17	4,02	3,84	4,25
16	Umiejętność współpracy międzysektorowej.	2,67	3,82	4,00	4,11	3,76	3,42	3,82	3,58	3,97
17	Umiejętność współpracy w zespole.	3,33	4,41	4,40	4,43	4,16	4,17	4,23	4,05	4,47
18	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	3,67	3,59	3,80	3,52	3,62	3,58	3,80	3,26	3,63
19	Umiejętność przekonywania.	4,00	3,65	4,00	3,95	3,84	3,83	3,84	3,53	4,00
20	Radzenie sobie z konfliktem.	3,33	4,12	4,20	4,11	3,85	3,83	3,75	3,63	4,19
21	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	4,00	4,06	4,40	4,14	3,96	3,83	4,13	3,95	4,27
22	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,67	4,00	2,40	3,55	4,00	3,25	4,13	3,68	4,13
23	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	3,67	3,82	3,00	3,39	3,70	3,08	3,64	3,11	3,86
24	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	2,67	3,71	3,40	3,48	3,44	3,33	3,05	3,00	3,95
25	Umiejętność negocjacji i mediacji.	2,00	3,65	3,80	3,84	3,88	3,83	3,48	4,16	4,22

Tabela 7 cd.

Rodzaj kompetencji		Rodzaj organizacji								
		edukacja	administracja rządowa	przemysł medyczny	szpitale	samorząd	NGO	inspekcja sanitarna	kasa chorych	pomoc społeczna
26	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.	3,00	3,65	4,20	3,93	3,65	3,58	3,38	3,63	4,32
27	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	3,33	4,35	3,60	3,93	4,40	3,33	4,30	3,84	4,03
28	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	3,33	4,00	3,40	3,70	4,03	3,33	4,02	4,11	3,95
29	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	3,00	3,88	2,60	3,11	3,84	3,25	3,57	3,21	3,73
30	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	2,67	3,71	3,80	3,70	3,77	3,33	3,29	3,53	3,52
31	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.	2,67	3,94	3,00	3,30	3,78	3,25	3,96	3,21	3,46
32	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	2,33	4,00	3,20	3,64	3,90	3,08	4,21	3,68	2,92
33	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biologicznych czynników warunkujących zdrowie.	2,67	3,88	2,40	3,32	3,59	3,00	4,13	3,11	3,02
34	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	3,33	4,24	3,60	3,59	4,00	3,25	4,05	3,63	3,53

Tabela 8

Pozycja oceny kompetencji w poszczególnych sektorach w odniesieniu do 10 kompetencji najwyżej ocenianych ogólnie

		łącznie		edukacja	administracja rządowa		przemysł	szpitale	samorząd	NGO	sanepid	kasa chorych	pomoc społeczna
		pozycja	średnia		pozycja	SD							
1	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	1	4,52	0,66	1		1	2	2	3	2	2	1
2	Zaangażowanie w pracę zawodową.	2	4,50	0,72	3		3	1	1	1	1	1	5
3	Umiejętność współpracy w zespole.	3	4,28	0,78	14		4	3	7	4	6	6	2
4	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	4	4,27	0,71	4		2	5	4	6	3	3	
5	Skuteczne komunikowanie się.	5	4,21	0,73	13		6	4	9	2	8	7	3
6	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	6	4,14	0,83	16		19	13	3	21	4	9	14
7	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	7	4,08	0,85	2		5	7	15	7	10	8	6
8	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	8	4,04	0,79	20		9	6	17	5	16	10	8
9	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	9	3,99	0,96	17		30	22	10	24	13	11	13
10	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	10	3,95	1,00	11		28	19	5	30	25	25	7
11	Radzenie sobie z konfliktem.	11	3,94	0,83	15		8	9	20	8	23	17	11

Tabela 9

Ocena ważności kompetencji w zależności od pozycji respondenta

Typ kompetencji	Pozycja respondenta				
	dyrektor	kierownik	pracownik	admini- stracja	inne
Zaangażowanie w pracę zawodową	4,55	4,58	4,44	4,23	4,45
Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	4,58	4,55	4,44	4,44	4,36
Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	3,86	3,90	4,06	4,02	3,73
Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	3,62	3,43	3,61	3,23	3,09
Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.	4,34	4,08	4,33	4,30	3,91
Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	3,72	3,68	3,61	3,56	3,27
Planowanie i zarządzanie projektem.	3,86	3,75	3,78	3,93	3,45
Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	3,75	4,20	3,78	3,74	3,09
Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.	3,42	3,74	3,50	3,53	2,91
Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	3,62	3,98	3,61	4,14	3,27
Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,58	3,78	3,56	3,77	3,09
Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,92	4,10	3,89	4,35	3,00
Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,90	4,30	3,94	4,28	3,27
Skuteczne komunikowanie się.	4,28	4,20	3,94	4,19	4,36
Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	4,10	4,13	3,94	3,95	4,27
Umiejętność współpracy międzysektorowej.	3,95	3,83	3,76	3,70	3,27
Umiejętność współpracy w zespole.	4,40	4,23	3,88	4,28	3,82
Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	3,64	3,85	3,33	3,70	3,82
Umiejętność przekonywania.	3,95	3,90	3,72	3,74	3,91
Radzenie sobie z konfliktem.	4,12	3,82	3,67	3,79	4,09
Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.	4,10	4,25	3,89	3,86	3,91
Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,99	4,05	3,61	4,09	3,00

Typ kompetencji	Pozycja respondenta				
	dyrektor	kierownik	pracownik	admini- stracja	inne
Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	3,62	3,68	3,67	3,77	3,09
Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	3,66	3,30	3,39	3,26	3,18
Umiejętność negocjacji i mediacji.	4,06	3,83	3,61	3,79	3,55
Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.	3,98	3,70	3,78	3,79	3,55
Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	4,11	4,38	4,06	4,47	3,18
Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	3,92	4,10	3,89	4,07	3,18
Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	3,56	3,78	3,50	3,86	3,18
Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	3,66	3,70	3,61	3,47	3,45
Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.	3,58	3,90	3,72	3,63	3,00
Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	3,65	3,98	3,72	3,53	2,82
Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.	3,47	3,83	3,39	3,37	2,82
Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	3,68	3,95	3,94	3,98	3,09

Dyskusja

Rynek pracodawców w ochronie zdrowia w Polsce jest bardzo zróżnicowany. Dodatkowo istnieją trudności w jego zinwentaryzowaniu. Zróżnicowanie występuje ze względu na sektor działania, rodzaj instytucji (publiczne, niepubliczne), lokalizację itp. Instytucje rządowe, samorządowe, wśród nich stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz instytucje opieki społecznej, podobnie jak instytucje płatnicze (kasy chorych), są dobrze opisane, a ich bazy adresowe określone i dostępne. Znacznie trudniej odnaleźć pełną informację o niepublicznych instytucjach, organizacjach pozarządowych, firmach medycznych i szpitalach. Istniejący od 3 lat rejestr zakładów opieki zdrowotnej jest stale aktualizowany, jednak w dostępie do niego występują ograniczenia, a kategorie klasyfikujące placówki (np. szpitale, POZ-ty itp.) nie oddają ich cech wyróżniających, np. ze względu na posiadanie bazy łóżkowej. Dobór próby w badaniu oparto

na dostępnych bazach danych. Rozkład wylosowanych do próby jednostek według sektorów rynku wydaje się reprezentatywny. Szpitale, administracja samorządowa, a także sanepidy oraz opieka społeczna to obecnie największy potencjalni pracodawcy dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. W większości jest to sektor instytucji publicznych, co niewątpliwie w przyszłości będzie ulegało zmianie, ponieważ liczba instytucji niepublicznych (NGO, przemysł farmaceutyczny, NZO-zy) będzie rosła i będzie posiadać coraz większy wpływ na strukturę i charakter rynku pracy.

Frekwencja w badaniu przeprowadzonym metodą ankiet wysłanych drogą pocztową była przeciętna (31%). Otrzymany odsetek odpowiedzi można interpretować jako procent instytucji potencjalnie zainteresowanych zatrudnieniem absolwentów zdrowia publicznego i w tym znaczeniu frekwencja ta oddaje rzeczywiste możliwości podjęcia pracy. Zwrotność według sektorów była nierównomierna i wahała się od 19–52% (poza przemysłem medycznym – 8%). Podobnie jak przy frekwencji całkowitej, również frekwencja według sektorów może oddawać potencjalne możliwości zatrudnienia – większe w przypadku administracji rządowej czy samorządowej, a mniejsze w przypadku szpitali czy instytucji edukacyjnych, czy NGO. Wypełnienie ankiet w wysokim odsetku przez osoby na stanowiskach kierowniczych wskazuje, że wyniki badania mogą mieć realne odniesienie do możliwości zatrudnienia i wymagania, jakie poszczególne instytucje stawiają przyszłym pracownikom – w szczególności absolwentom kierunku: zdrowie publiczne. Ankiety wypełnione przez osoby niebędące na stanowiskach kierowniczych mogą z kolei bardziej wskazywać na rzeczywiste zadania związane z wykonywaniem pracy na proponowanych stanowiskach. Wspólna ocena osób na stanowiskach kierowniczych i niekierowniczych może być traktowana jako „uśrednienie” oczekiwań względem kompetencji pracownika i rzeczywistych umiejętności potrzebnych do praktycznej realizacji zadań.

Analizy łącznej dokonano dla wszystkich sektorów, mając na uwadze występujące dysproporcje związane z metodą doboru próby i wątpliwości związane z różną liczebnością podmiotów działających na rynku medycznym dostępnych w bazie danych. Wydaje się jednak, że ten sposób analizy może być do przyjęcia, ponieważ prócz różnic sektorowych w doborze próby istnieją także znaczne różnice w frekwencji odpowiadania na rozesłane ankiety, a co więcej – brak jest zasadniczych różnic sektorowych w ocenie kompetencji. Szczegółowe analizy rynku względem sektorów przedstawiono w dalszych częściach podręcznika.

Dość oczywista jest zależność pomiędzy stanowiskiem respondenta a proponowaną pozycją. Jako dyrektora lub kierownika absolwenta zdrowia publicznego niemal podobnie często widzą zarówno pracownicy szeregowi, jak i dyrektorzy instytucji, choć wydaje się, że opinia dyrektorów, osób decydujących o przyszłym zatrudnieniu, jest tutaj szczególnie ważna. Dyrektorzy, z kolei, najczęściej widzą absolwenta na stanowisku pracownika szeregowego, a kierownicy działów na stanowisku pracownika szeregowego lub specjalisty.

Absolwent kierunku: zdrowie publiczne najczęściej jest widziany jako związany z promocją i edukacją zdrowotną, i wydaje się, że wpływ na ten wynik zależy od znacznej liczby instytucji, związanych z promocją zdrowia, w próbie. Szczegółową analizę proponowanej roli przeprowadzono w dalszej części opracowania.

Na podstawie prezentowanych wyników można stwierdzić, że kompetencje, które były najbardziej pożądane przez pracodawców z sektora zdrowia publicznego, są podobne do tych, jakie prezentowane były w wynikach innych badań o zasięgu międzynarodowym, poświęconych pomiarowi kompetencji i samoocenie. Najczęściej wymieniane kompetencje przez respondentów to: zaangażowanie w pracę zawodową, skuteczne komunikowanie się, praca zespołowa, radzenie sobie w miejscu pracy.

Dopiero na 6 miejscu najbardziej pożądanych wskazywana jest kompetencja związana ze zdrowiem publicznym, jak: rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych. Wysoka ocena kompetencji związanych z cechami interpersonalnymi nie zależy ani od lokalizacji instytucji, wielkości miasta, ani rodzaju instytucji: publiczna i niepubliczna. Różnice w pozycjonowaniu kompetencji są obecne tylko (w niewielkim stopniu) w zależności od pozycji respondenta: pracownicy niebędący na stanowiskach kierowniczych dodają wśród pięciu najważniejszych kompetencji umiejętność dostosowania się do wymagań stanowiska pracy. Na uwagę zasługuje również fakt, że respondenci na stanowiskach kierowniczych oceniają wyżej potrzebę rozumienia bieżących problemów zdrowotnych i społecznych niż niebędący na stanowiskach kierowniczych (choć jest to jedyna z pięciu najwyżej ocenianych kompetencji dotycząca zdrowia publicznego).

W odniesieniu do specyficznych kompetencji z zakresu zdrowia publicznego, fakt, iż dla pracodawców ważne okazały się: rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych oraz umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych, można tłumaczyć, że wiedza dotycząca takich problemów okazuje się niezbędna w opracowywaniu i wdrażaniu interwencji z zakresu promocji zdrowia oraz w tworzeniu polityki zdrowotnej. Niska ocena takich kompetencji, jak: współpraca z mediami, umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta oraz pozyskiwanie danych na temat biochemicznych, środowiskowych i epidemiologicznych czynników warunkujących zdrowie można odnieść do faktu, że respondenci w znacznym stopniu sugerowali stanowiska szeregowie dla absolwentów kierunku zdrowie publiczne, a takie stanowiska w ich opinii nie wymagają bardziej zaawansowanych umiejętności z zakresu zdrowia publicznego.

Interesujący jest fakt, że opinia – w odniesieniu do pożądanych kompetencji – różni się bardziej w zależności od stanowiska respondenta niż sektora, jaki on reprezentuje. Być może brak znacznych różnic między sektorami spowodowany był niskim odsetkiem zwrotności albo jest to problem związany z tym, iż zdrowie publiczne nie jest dobrze zdefiniowane w Polsce i dlatego pracodawcy nie posiadają jasnego obrazu kompetencji, jakimi powinni charakteryzować się

absolwenci kierunku: zdrowie publiczne, w związku z czym bezpiecznie wybierają kompetencje uniwersalne i ogólnoprofesjonalne, które odnoszą się raczej do cech osobowościowych niż do umiejętności specjalistycznych związanych z wykonywanym zawodem. Można także zauważyć, że pracodawcy zazwyczaj najwyżej cenią kompetencje interpersonalne, takie jak: umiejętność pracy zespołowej, rozwiązywanie konfliktów i negocjacje.

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu można zauważyć, że prowadzono wiele badań, które miały na celu ustalenie ważności kompetencji wymaganych przez pracodawców ogólnie i w specyficznych sektorach⁸. Najczęściej były to badania, które opierały się na badaniach ilościowych, jak kwestionariusze, bądź na analizie treści ogłoszeń reklamowych. Badania ilościowe i jakościowe prowadzone w ramach projektu „Poprawa zatrudnienia absolwentów kierunku: zdrowie publiczne” były nowatorskie i obejmowały kilka etapów, które w całości można porównać do etapów w procesie poprawy jakości, takich jak: identyfikacja problemu, pomiar kompetencji z perspektywy pracodawców, następnie pomiar z perspektywy absolwentów, identyfikacja deficytowych kompetencji, opracowanie interwencji w postaci ulepszanego programu nauczania.

Uzyskane rezultaty mogą być wskazówką dla opracowywania programów edukacyjnych w dziedzinie zdrowia publicznego, które powinny iść w kierunku sprostania oczekiwaniom rynku pracy z ciągle zmieniającym się środowiskiem ochrony zdrowia. Dla uczelni wyższych jest wyzwaniem wprowadzenie do programu nauczania takich kompetencji, jak: komunikacja, umiejętność pracy w zespołach wielodyscyplinarnych oraz innych kompetencji interpersonalnych, które w opisywanym badaniu uzyskały wysoką ocenę pracodawców. Należy tak zreformować programy edukacyjne, aby poprzez swoje treści, metody nauczania, realizowane projekty, w które włączani są studenci i partnerzy społeczni oraz kontakt z prawdziwym środowiskiem pracy w ramach praktyk zawodowych, pozwalały studentom na nabywanie profesjonalnych kompetencji, ułatwiając im swobodne wejście na rynek pracy.

Ostatecznie należy zwrócić uwagę na fakt, że używana terminologia w odniesieniu do kompetencji nie zawsze jest jednakowo rozumiana przez wszystkie zaangażowane strony. To, co przez niektóre instytucje pracodawców rozumiane jest jako umiejętność komunikacji, może mieć inne znaczenie dla nauczyciela, który naucza tych umiejętności. Jednakże wyniki przeprowadzonego badania w odniesieniu do umiejętności związanych komunikacją interpersonalną sugerują, że umiejętności te powinny być istotnym elementem programu na kierunku zdrowie publiczne, przygotowującym absolwentów do wejścia na rynek pracy.

⁸ Greenwood et al. (1986), S. Green (1990), Philips-Kerr (1991), Harvey Burrows and Green (1992), L. Harvey, S. Moon, V. Geall, R. Bower, *Graduates' Work: Organizational change and students' attributes*, 1997.

Wnioski

Absolwenci kierunku: zdrowie publiczne są niemal równie często widziani na stanowiskach specjalistów, jak szeregowych pracowników, natomiast na stanowiskach dyrektorskich widzi ich tylko co 10. respondent. Jest to zależne od rodzaju instytucji, sektora oraz pozycji respondenta. Wydaje się, że im niższe stanowisko zajmowane przez respondenta, tym proponowane stanowisko jest wyższe.

W analizie oceny kompetencji oczekiwanych od absolwentów kierunku: zdrowie publiczne stwierdzono wysoką ocenę kompetencji interpersonalnych, natomiast niską kompetencji związanych ze zdrowiem publicznym. Ocena kompetencji w sektorach, zanalizowana dogłębnie w dalszych rozdziałach, wskazuje na różnice związane ze specyfiką sektora, rodzajami działalności, instytucjami współpracującymi, choć niejednokrotnie jest ona zaskakująca. Niższa ocena konieczności posiadania merytorycznego przygotowania od cech interpersonalnych jest tutaj szczególnie warta podkreślenia, ale wiąże się to ze specyfiką badania, w którym pytano pracodawców o umiejętności, jakimi powinien wykazywać się absolwent kierunku zdrowie publiczne, w związku z czym można było zakładać, że absolwent posiada umiejętności specyficzne z zakresu zdrowia publicznego, które stanowią treści programowe studiów.

Ostatecznie można spróbować przedstawić dwa kierunki na przyszłość. Po pierwsze, uzyskane wyniki, odnoszące się do najbardziej pożądaných kompetencji przez pracodawców, mogą zachęcać do ustalania pewnych standardów dotyczących programów opartych na kompetencjach w ramach kierunku zdrowie publiczne. Zidentyfikowane, najbardziej preferowane kompetencje mogą stanowić punkt odniesienia (*benchmark*) przy standaryzowaniu kryteriów, według których powinno się rozwijać kształcenie na podstawie kompetencji (*competence-based-education*), jednocześnie zachęcając do debaty dotyczącej wprowadzania zmiany w programach edukacyjnych.

Po drugie, prezentowane rezultaty podkreślają potrzebę rozwijania współpracy na zasadzie partnerstwa pomiędzy instytucjami akademickimi, instytucjami pracodawców, stowarzyszeniami absolwentów i decydentami, co umożliwiłoby zintegrowane i wielodyscyplinarne podejście do kształcenia w systemie szkolnictwa wyższego, wspierając proces zmian w kierunku bardziej zintegrowanego systemu edukacji w ramach zdrowia publicznego.

Zaangażowanie profesjonalistów/pracodawców w opracowanie programów edukacyjnych oraz monitorowanie oczekiwań rynku pracy w odniesieniu do pożądaných kompetencji, jak również zaangażowanie ich w przygotowanie przemyślanej strategii dotyczącej dobrego zorganizowania i przeprowadzenia praktyk zawodowych, przyniesie wiele korzyści wszystkim zainteresowanym stronom. Takie partnerstwa mogą zaoferować zrzeszonym w nich instytucjom i organizacjom odpowiednią jakość, adekwatność i efektywność w „świadczeniu” i „nabywaniu” wartości, jaką jest kształcenie, aby sprostać wymaganiom zmieniającego się rynku pracy w sektorze zdrowia publicznego w Polsce, Unii Europejskiej i na świecie.

Bibliografia

1. Bowling A., *Research Methods in Health*, 2002.
2. Stocking B., *Promoting change in clinical care*, „Quality in Health Care”, 1992, 1, 56–60.
3. Biesma R.G., Pavlova M., Groot W., Vaatstra H.F., Merode G. Van, *Measuring employers' preferences for competences of junior Public Health professionals*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 175–181.
4. Patton M., *Qualitative evaluation and Research methods*, California: Sage 1990.
5. „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2).
6. Greenwood R.G. et al. (1986), Green S. (1990), Philips-Kerr (1991), Burrows H. and Green D. (1992), Harvey L., Moon S., Geall V., Bower R., *Graduates' Work: Organizational change and students' attributes*, Birmingham 1997.

